

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 7

LA RECONSTITUTION D'UNE BONNE PAROI

DANS LA

CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

(PROCÉDÉ ANTÉFUNICULAIRE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Septembre 1919

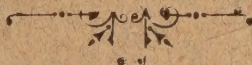
PAR

Léon BRINGER

Né à Puisserguier (Hérault), le 20 octobre 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	GILIS, professeur, <i>président</i> .	{	Assesseurs
		TEDENAT, professeur.		
		RICHE, agrégé		
		SOUBEYRAN, agrégé lib.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919

LA RECONSTITUTION D'UNE BONNE PAROI

DANS LA

CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

(PROCÉDÉ ANTÉFUNICULAIRE)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 7

LA RECONSTITUTION D'UNE BONNE PAROI

DANS LA

CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

(PROCÉDÉ ANTÉFUNICULAIRE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Septembre 1919

PAR

Léon BRINGER

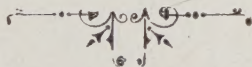
Né à Puisserguier (Hérault), le 20 octobre 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ GILIS professeur, *président*.
TEDENAT, professeur.
RICHE, agrégé.
SOUBEYRAN, agrégé lib. }

{ *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA (✱).....	ASSESSEUR.
IZARD.....	SECRETAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM TEDENAT (O ✱)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALETTE.
Pathologie interne.....	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIREB (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (✱)
Chimie médicale.....	DERRIEN
Microbiologie.....	N. . .
Clinique médicale.....	N. . .

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALETTE.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O ✱) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN. ✱, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON ✱ (✱) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ROGER.
GRYNFELT (✱)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE
GAUSSEL (✱ ✱).	J. DELMAS (✱).	PECH ✱ (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD ✱.	

Examineurs de la thèse :

MM. GILIS, professeur, président		MM. RICHE, agrégé.
TEDENAT, professeur.		SOUBEYRAN, agrégé lib.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection.

MEIS ET AMICIS

L. BRINGER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES

L. BRINGER.

LA RECONSTITUTION D'UNE BONNE PAROI

DANS LA

CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

(PROCÉDÉ ANTÉFUNICULAIRE)

INTRODUCTION

Après les nombreux travaux qui ont servi à mettre au point la question de la cure radicale des hernies inguinales, on est en droit de se demander la raison qui nous pousse à revenir sur un procédé connu de tous et pratiqué couramment par les chirurgiens. C'est justement la richesse de la question, la diversité des procédés qui ont été décrits, la variété des méthodes employées dans la pratique journalière qui nous ont engagé à nous occuper de ce sujet.

Nous ne prétendons pas apporter un fait nouveau, fixer une technique, nous nous proposons simplement, au milieu de tous les procédés recommandés, d'en mettre un en lumière, celui que nous paraît le meilleur, de façon à dissiper

la confusion qu'aurait pu faire naître dans l'esprit de certains, la grande variété des procédés préconisés.

Nous laisserons de côté la définition de la hernie, son étiologie, son anatomie pathologique, ses indications opératoires, etc. Questions courantes de pathologie, mais il nous a semblé indispensable, avant d'exposer par le détail la méthode antéfuniculaire, de revenir rapidement sur l'anatomie de la région du canal inguinal.

L'enseignement reçu de M. le professeur Gilis nous permettra de mettre en vue les principaux détails d'une région qu'il a magistralement décrite dans son *Etude sur la région inguino-abdominale et sur le canal inguinal*, parue, en 1901, dans le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*.

Nous ne ferons que rappeler les diverses méthodes employées dans la cure radicale des hernies inguinales, nous réservant de décrire soigneusement le procédé antéfuniculaire, et de montrer la supériorité qu'il semble présenter sur le Bassini, tant au point de vue de l'exécution que des résultats.

NOTIONS ANATOMIQUES SUR LA REGION INGUINO-ABDOMINALE

La région qui nous intéresse est celle que Jarjavay, Pétrequin, Guyon, Kœberlé, Paulet, Gilis décrivent sous le nom de région inguino-abdominale, région représentée par un triangle dont les côtés ont pour limite, l'épine iliaque antéro-supérieure, l'épine du pubis, et un point, pris sur la ligne blanche, tel qu'il peut être joint par une verticale, à l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette région ainsi délimitée est toute abdominale, c'est elle qui renferme le canal inguinal, c'est elle que nous allons décrire.

Voici les plans que l'on trouve en allant de la superficie à la profondeur :

- 1° La peau ;
- 2° Le tissu cellulaire sous-cutané ;
- 3° Le fascia superficialis ;
- 4° Le muscle grand oblique représenté par son aponevrose ;
- 5° Le muscle petit oblique ;
- 6° Le muscle transverse ;
- 7° Le fascia transversalis ;
- 8° La couche graisseuse sous-péritonéale ;
- 9° Le péritoine.

A. *Plan musculo-aponévrotique antérieur.* — Le plan qui tombe sous nos yeux, après la première incision, est constitué par l'aponévrose du muscle grand oblique. Cette aponévrose est formée de deux feuillets, dont l'un, le plus superficiel, s'insère tout le long de l'arcade crurale, et descend jusque dans les bourses, en constituant une gaine très mince au cordon; l'autre feuillet constitue l'aponévrose propre du muscle, il est épais et résistant. Cette aponévrose s'insère: dans la partie supéro-externe de la région, sur l'épine iliaque antéro-supérieure; dans la partie inféro-interne, sur le pubis, et s'unit entre ces deux points au fascia iliaca. Les fibres aponévrotiques sont obliquement dirigées de haut en bas et de dehors en dedans.

Toute cette partie terminale inférieure de l'aponévrose du grand oblique, constitue ce qu'on appelle: arcade crurale, ligament de Fallope, ligament de Poupart.

On ne doit donc pas envisager l'arcade crurale comme une formation fibreuse spéciale, unissant l'épine iliaque antéro-supérieure au pubis, mais on doit la regarder comme la partie inférieure de l'aponévrose du grand oblique.

Les insertions pubiennes de cette aponévrose nous intéressent particulièrement, car elles vont contribuer, pour une large part, à la formation de l'anneau inguinal externe ou superficiel.

L'aponévrose du grand oblique se divise en plusieurs groupes de fibres dans la partie inféro-interne de la région, mais deux de ces groupes sont prépondérants, car, en s'écartant l'un de l'autre, au fur et à mesure qu'ils se rapprochent du pubis, ils délimitent un espace libre dans lequel s'engagera le cordon ou le ligament rond. Cet espace libre, sera l'orifice superficiel du canal inguinal; les deux faisceaux de fibres aponévrotiques qui limitent cet espace seront les piliers de l'anneau: pilier interne, pilier externe.

D'autres émanations de l'aponévrose du grand oblique vont achever de circonscrire cet orifice ; ce sont, en haut et en dehors, les fibres arciformes ; en bas et en dedans le ligament de Colles ou pilier postérieur.

La façon dont s'insèrent les piliers de l'anneau inguinal varie avec les différents sujets, néanmoins on peut retrouver presque toujours les dispositions suivantes : le pilier externe s'insère à l'épine du pubis, mais il se prolonge par deux expansions, dont l'une recouvre l'insertion du pilier interne du côté opposé, et dont l'autre va s'unir au pilier postérieur de Colles.

Le pilier interne qui va en s'amincissant à mesure qu'il descend, passe au devant de la ligne médiane et va s'insérer sur l'épine du pubis, du côté opposé à son origine, ainsi que sur le bord du pubis. Il croise donc sur sa route le pilier interne du côté opposé.

Le ligament de Colles ou pilier postérieur affecte une disposition semblable. Il peut être presque considéré comme la partie la plus interne du pilier interne. Comme ce dernier, il est formé par l'aponévrose du grand oblique, comme lui, il passe au devant de la ligne médiane ; il va s'insérer sur le bord supérieur du pubis, de l'angle à l'épine, et s'unit intimément au pilier externe, ainsi qu'au ligament de Gimbernath.

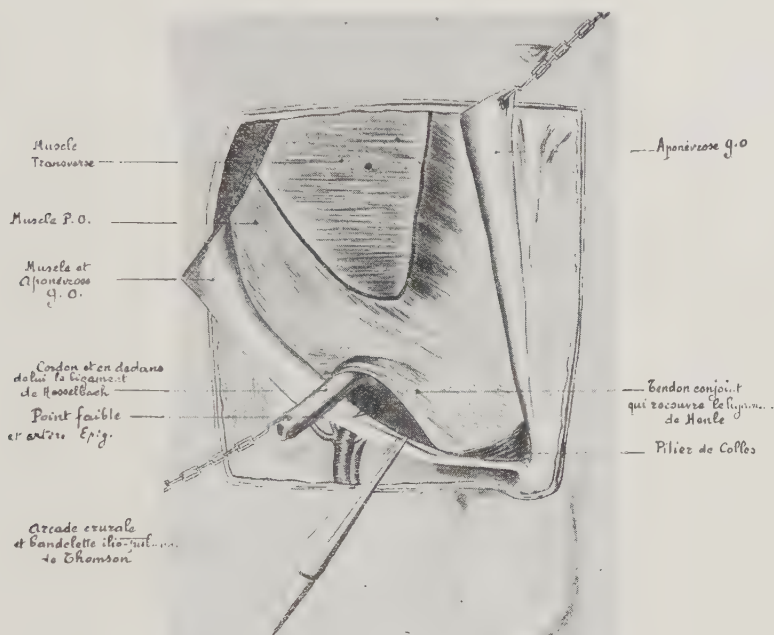
Les fibres arciformes se divisent en deux groupes : le premier, *fibres arciformes directes* de Gilis, semble prendre naissance dans la région de l'épine iliaque antéro-supérieure. « Ces fibres offrent l'aspect d'une gerbe dont le pied répond à l'épine iliaque antéro-supérieure et à l'arcade crurale sur une étendue de 3 centimètres à partir de l'épine, et dont les éléments s'étalent sur l'aponévrose du grand oblique, en décrivant des courbes à concavité supéro-externe ».

Le second groupe est constitué par les *fibres arciformes croisées* de Gilis, c'est-à-dire venant du muscle grand oblique du côté opposé. Il a plus d'importance que le groupe externe parce qu'il contribue à donner à l'anneau inguinal sa configuration définitive. C'est lui, en effet, qui en forme le segment supéro-externe en arrondissant le sommet de l'espace angulaire compris entre les piliers. Nous verrons plus loin que l'anneau inguinal, grâce aux formations fibreuses que nous venons d'étudier, affecte la forme d'une ellipse.

Comme nous l'avons déjà dit, l'arcade crurale n'existe pas en tant que ligament distinct, elle n'est que le bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique. Il importe de dire quelques mots sur la disposition qu'affecte cette partie inférieure de l'aponévrose du grand oblique, car son importance sera grande dans la cure radicale par le procédé antéfuniculaire, lorsqu'on voudra reconstituer le plan postérieur. L'arcade crurale est constituée dans sa partie interne par l'aponévrose du grand oblique réfléchi d'avant en arrière, de façon à former une gouttière qui formera un véritable lit au cordon. La concavité ainsi formée est d'autant plus prononcée qu'elle devient interne. Le bord postérieur de cette gouttière, en contractant des connexions avec les plans fibreux voisins (et le fascia transversalis tout particulièrement), constituera la bandelette ilio-pubienne de Thomson. C'est là le bord postérieur anatomique de l'arcade, c'est sur cette bandelette qu'on placera les fils destinés à reconstituer la paroi postérieure du canal inguinal.

B. *Plan musculo-aponévrotique postérieur.* — La paroi postérieure est constituée par les muscles petit oblique et transverse. Ces deux muscles échangent des attaches musculaires, suivent sensiblement le même trajet et s'unissent

dans la partie inférieure et interne de la région pour former le tendon conjoint. Dans la formation de ce tendon, la part prépondérante revient au petit oblique. Le tendon conjoint passe derrière le ligament de Colles et va s'insérer : dans sa partie interne, sur la face antérieure du pubis



(D'après M. le professeur Soubeyran)

Canal inguinal et sa paroi postérieure; muscles petit oblique et transverse; bandelette de Thomson et point faible (fig. 1).

depuis l'angle jusqu'à l'épine en croisant le tendon conjoint du côté opposé; dans sa partie externe sur l'arcade crurale, et arrive jusqu'à l'aponévrose du pectiné par l'intermédiaire du ligament de Gimbernat.

La paroi postérieure de la région est constituée dans sa partie inféro-interne par un plan aponévrotique très dense, qui comprend, d'avant en arrière: l'aponévrose du grand oblique, le ligament de Colles, le tendon conjoint, le muscle pyramidal, le muscle grand droit, le ligament de Henle, le fascia transversalis.

La cavité abdominale se trouve solidement close en ce point, les organes abdominaux solidement maintenus. Mais cette résistance de la paroi diminue à mesure que l'on s'éloigne du côté interne. Nous trouvons, en effet, un peu plus loin la sangle abdominale constituée par le tendon conjoint et le fascia transversalis; un peu plus loin encore, du côté externe, dans la partie du tendon qui s'insère sur l'arcade, en dehors du cordon, la résistance de la paroi sera moindre. Dans cette région, les fibres du tendon conjoint passent au-dessus du cordon en formant pont, et vont s'insérer sur l'arcade crurale, non pas en s'inclinant brusquement en bas, après être passées au-dessus du cordon, mais en suivant un trajet oblique, de telle sorte qu'entre le cordon et les points d'insertion du tendon conjoint, existe une zone mal défendue contre la pression abdominale. Cette zone constitue le « point faible » protégé par un seul plan fibreux, le fascia transversalis.

Dans cette région, le fascia transversalis est épais, renforcé par des condensations fibreuses, provenant des plans musculo-aponévrotiques voisins, qui s'unissent intimement à lui: les ligaments de Hesselbach, de Henle, la bandelette ilio-pubienne dont nous avons déjà parlé; mais, les ligaments de Hesselbach et de Henle n'arrivent pas à se joindre au niveau du point faible, de sorte que malgré les renforcements fibreux du fascia transversalis on comprend qu'une hernie puisse s'engager dans la fossette inguinale moyenne.

C. *Canal inguinal*. — Les notions anatomiques que nous venons de rappeler rapidement vont nous permettre de comprendre aisément le trajet suivi par le cordon, de la cavité abdominale jusque dans les bourses.

Les deux plans musculo-aponévrotiques antérieur et postérieur étant appliqués fortement l'un contre l'autre, il s'en suit qu'il n'existe pas un canal réel dans lequel chemine le cordon et qu'on appelle canal inguinal une cavité virtuelle. Le canal inguinal a une longueur moyenne de 5 à 6 centimètres. Il est obliquement dirigé d'arrière en avant, de haut en bas, de dehors en dedans; son orifice supérieur est péritonéal, son orifice inférieur cutané.

La paroi antérieure du canal est constituée par l'aponévrose du grand oblique; sa paroi postérieure par les aponévroses du petit oblique, du transverse, et par le fascia transversalis doublé par endroits de ses faisceaux de renforcement; sa paroi inférieure par la gouttière que forme l'aponévrose du grand oblique en se réfléchissant comme nous l'avons vu plus haut. Le cordon n'occupe pas le fond de cette gouttière. Il en est séparé par une distance qui croît à mesure qu'on approche de l'anneau inguinal profond; cette distance est d'un centimètre environ au niveau de cet anneau.

L'orifice inférieur du canal ou anneau inguinal superficiel, a la forme d'une ellipse dont le grand axe serait dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Cet axe mesure en moyenne 2 centimètres; la largeur de l'anneau n'est que de un centimètre. Nous avons déjà vu quelles sont les formations fibreuses qui limitent cet orifice.

L'anneau inguinal superficiel répond, par sa partie inférieure à la portion osseuse du pubis comprise entre l'épine et l'angle, mais, en raison des formations fibreuses qui se

trouvent dans cette région, l'anneau inguinal superficiel commence au niveau de l'épine.

L'orifice supérieur ou anneau inguinal profond diffère totalement du précédent. Il a la forme d'une fente repliée en croissant, dont la concavité regarde en dehors et en haut. La hauteur de cette fente est de 12 à 15 millimètres. Les bords de l'orifice sont limités par le fascia transversalis qui a été attiré en doigt de gant lors de la migration du testicule. Le canal déférent est accolé à la concavité du croissant. A ce niveau, le fascia transversalis est renforcé par le ligament de Hesselbach. L'anneau inguinal profond répond à peu près à la partie moyenne de l'arcade crurale (d'après Gilis il serait placé un peu en dedans); il est distant de l'arcade de 1 centimètre et demi.

CLASSIFICATION DES PROCÉDES

Bouveret a eu le mérite de condenser, autant qu'il est possible, tout ce qui a trait à la cure radicale de la hernie inguinale, dans sa thèse de 1906. Pour faire défiler rapidement devant nos yeux les méthodes employées jusqu'à ce jour, nous adopterons donc la classification de Bouveret.

A. — PROCÉDÉS DE TRAITEMENT DU SAC ET DU MOIGNON

1° TRANSPOSITION. — *Procédé Kocher*. — L'aponévrose du grand oblique est respectée, seule une boutonnière pratiquée dans cette aponévrose, au niveau de l'anneau inguinal profond, permettra la transposition du sac isolé.

Procédé Baxter. — L'aponévrose du grand oblique est incisée. Cette incision remonte assez haut pour permettre une dissection parfaite du sac. Le sac est engagé entre le péritoine et la paroi abdominale, et fixé au péritoine. On reconstitue la paroi.

2° SUSPENSION. — *Procédé Barker*. — On incise l'aponévrose du grand oblique. Le sac est isolé et lié au niveau de l'orifice inguinal superficiel. On l'excise un peu au-des-

sous de la ligature, et on conserve les deux chefs du fil qui a servi à la ligature. Ces deux chefs sont ramenés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; on leur fait traverser la paroi abdominale d'avant en arrière, au niveau de l'orifice inguinal profond. Un fil est fixé sur la partie externe de l'orifice, l'autre sur la partie interne. En nouant ces deux fils, on remonte le sac et on ferme en partie l'orifice inguinal profond.

Procédé Hora. — Le sac excisé est attiré (par les fils qui ont servi à le lier) de bas en haut, à l'aide d'une aiguille qui chemine dans le canal, grâce à une incision cutanée pratiquée au niveau de l'anneau inguinal profond. Le sac est fixé par ligature des deux fils.

Procédé Bennet. — Ajoute l'invagination du sac au retournement de Barker.

3° PELOTONNEMENT. — *Procédé de Ball.* — Le sac est disséqué aussi haut que possible, puis ouvert. On le tord ensuite à l'aide d'une pince fixée à son collet. On place un catgut le plus haut possible sur le collet. On fixe le sac à l'orifice superficiel.

Procédé Bryant. — Bryant se sert du sac pour renforcer l'anneau inguinal superficiel, en l'entrecroisant avec les piliers.

Procédé Kingscote. — Cherche à obtenir au niveau de l'anneau inguinal profond une saillie lisse et unie, en disséquant le sac au delà de l'anneau profond, et en le fixant par son collet, aux bords de cet anneau.

Procédés Mac-Ewen, Bishop. — Conservent le sac pour en faire un tampon au devant de l'anneau profond.

Procédé Fhelps. — Consiste à invaginer dans la cavité péritonéale, le sac ou son moignon, et à les y cacher en affrontant au devant de lui le péritoine pariétal.

B. — PROCÉDÉS QUI RENFORCENT LE CANAL INGUINAL

I. — *Procédés qui respectent l'aponévrose du grand oblique*

1° Procédés Felizet, Kuster, Gratschoff qui se bornent, après l'excision du sac, à suturer les piliers;

2° Le Dentu, Delorme, Cahier, Morestin renforcent la paroi antérieure par plissement de l'aponévrose du grand oblique; d'où, tension de la paroi.

3° *Procédés qui consistent à découvrir le sac par une boutonnière pratiquée dans l'aponévrose du grand oblique.* On cherche à reconstituer la paroi au niveau du point faible à travers une boutonnière faite au niveau de l'anneau inguinal profond. Kocher, Loison, Moty, Postempski se sont servis de cette méthode en y apportant chacun quelque variante.

4° Roux, Estor, reconstituent la paroi postérieure du canal en laissant intacte la paroi antérieure (procédé employé surtout chez les enfants).

II. — *Procédés qui consistent à inciser l'aponévrose du grand oblique avec simple reconstitution de la paroi antérieure.*

Lucas-Championnière fut le premier à pratiquer cette méthode et à faire l'excision complète du sac. Depuis cette

innovation, bien des améliorations ont été apportées au traitement des hernies, mais nous devons reconnaître que la méthode de Lucas-Championnière fut le début vers le perfectionnement.

III. — *Reconstitution du canal inguinal*

Procédé Bassini. — Tout le monde connaît ce procédé dont le point essentiel consiste à obtenir une adhésion parfaite entre les bords inférieures des muscles petit oblique et transverse, et l'arcade crurale.

Les modifications apportées au Bassini sont extrêmement nombreuses. (La méthode que nous décrirons tout à l'heure n'est qu'un Bassini modifié.) Ces modifications portent sur le traitement du sac (Berger, Deletrez, Fournier, Aragon) et surtout la reconstitution de la paroi postérieure (Schwartz, Fournel, Polya).

IV. — *Procédés autoplastiques de la reconstitution de la paroi*

Ces procédés sont employés lorsqu'on se trouve en présence d'une mauvaise paroi, à musculature très faible. Ils consistent à remédier au défaut de solidité des muscles abdominaux par l'adjonction de plans aponévrotiques pris, soit aux adducteurs, soit aux muscles droits de l'abdomen. Ainsi procèdent Pouillet, Schwartz, Berger.

V. — *Reconstitution hétéroplastique de la paroi*

On renforce la paroi par des lambeaux de tissus prélevés en dehors de l'organisme. On a utilisé à cet effet du périoste et de l'os décalcifié.

VI. — *Détournement du cordon de son trajet normal*

Frank, Nélaton, Ombrédanne percent un trajet au travers du pubis.

D'autres pratiquent le trajet entre les muscles droits et y engagent le testicule après l'avoir rentré d'abord dans l'abdomen.

VII. — *Procédés sans fils perdus*

Defontaine du Creusot lie le sac avec des fils temporaires (crins de Florence). Comme fil temporaire on s'est encore servi de la soie et du fil d'argent.

Parmi ces procédés, certains visent la reconstitution de la paroi abdominale en un plan (Villar). D'autres font cette reconstitution en deux plans (Del Greco, Jonnesco, Dominguez).

Le procédé de Dominguez, de la Havane, est particulièrement ingénieux. Ce chirurgien n'emploie qu'un seul fil de suture pour chaque plan; un pour le plan profond, un pour le plan superficiel, un pour la peau. Ces trois fils sont fixés aux deux extrémités, interne et externe, de la plaie sur un bout de sonde ou de drain, qui repose à même la peau.

Dans ce procédé, le sac laissé à demeure est compris dans la suture des plans profonds. Les fils sont enlevés du quatorzième au vingt et unième jour. Ce procédé, peu employé en France, a donné de très heureux résultats. M. le professeur Soubeyran l'a employé plusieurs fois, en le modifiant, dès 1905. Tandis que Dominguez recommande de faire la suture de la peau intradermique, avec un seul crin, Soubeyran suture la peau avec des crins séparés; de

plus, il ne prend pas le sac dans la suture profonde, mais l'excise et refoule dans la paroi abdominale son extrémité supérieure.

M. Soubeyran s'est encore servi de la suture de Dominguez dans la reconstitution antéfuniculaire de la paroi. Avec ces méthodes, les résultats obtenus ont été excellents.

M. Soubeyran retire le plus souvent les fils dès le douzième jour.

VIII. — *Procédés qui suppriment le canal inguinal laissant un seul orifice pour le cordon*

On obtient ce résultat, soit en reconstituant la paroi abdominale toute entière en arrière du cordon, soit en repoussant tout le cordon dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et en reconstituant la paroi au devant de lui.

Le premier de ces procédés, procédé rétro-funiculaire est à peu près abandonné; nous allons décrire le second.

TECHNIQUE DU PROCEDE ANTEFUNICULAIRE

Mugnaï décrivit cette méthode dès 1891, deux ans avant la publication de Bassini dans la *Riforma Medica*.

La reconstitution de la paroi s'obtient de deux façons : soit en suturant en bloc, avec une seule anse de fil toute la paroi au devant du cordon, (Mugnaï, Aguilar, Jalaguier), soit en reconstituant la paroi en deux plans. Cette dernière façon de procéder est la plus commune ; c'est elle qu'ont employé, après Ferrari qui la pratiquait dès 1891, Reclus, Autefage, Forgue, Halsted, Fournel.

Villar, Monod et Vanverts n'emploient que des fils retirables (crins, fils d'argent) et suturent par une anse unique toute la paroi, y compris la peau.

La technique de reconstitution de la paroi en deux plans vient d'être rappelée et décrite, assez récemment, par M. le professeur Soubeyran (*Paris Médical*, septembre 1917). Voici l'exposé qu'en a fait cet auteur :

1° *Incision et dénudation de l'aponévrose du grand oblique*

Il est inutile que l'incision empiète sur le scrotum, elle doit rester abdominale et s'arrêter à la hauteur de la racine de la verge. L'index gauche ayant reconnu l'orifice

inguinal, conduisez l'incision parallèlement à l'arcade crurale et comptez 5 à 6 centimètres à partir de cet orifice.

Pincez quelques vaisseaux sous-cutanés et incisez jusqu'à



(D'après M. le professeur Soubeyran)

L'aponévrose du grand oblique a été sectionnée. Dégagement avec un instrument mousse de la bandelette ilio-pubienne. En bas, une sonde cannelée sépare le cordon de l'arcade (*fig. 2*).

l'aponévrose; quelques coups énergiques de compresse au bout du doigt l'exposeront nettement; mettez bien à nu les piliers de l'anneau inguinal; repérez-les avec deux pinces de Kocher, cela facilitera plus tard vos sutures aponévrotiques.

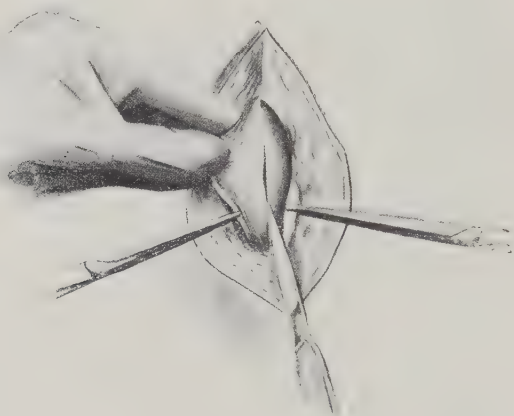
2° *Ouverture du canal inguinal et mise à nu de la bandelette ilio-pubienne de Thomson*

Sectionnez la paroi antérieure du canal soit sur la sonde cannelée, soit délibérément, d'un coup de pointe prudent, parallèlement à l'arcade, sur toute la hauteur de la plaie, mais en ménageant un assez *large lambeau inférieur* pour avoir de l'étoffe quand vous reconstituerez les deux plans de la paroi. Deux pinces de Kocher sont mises sur chaque lambeau aponévrotique; tirez sur la pince qui tient le lambeau inférieur, rabattez-le vers l'aîne; dégagez le cordon de l'arcade avec un instrument mousse tel qu'un ciseau courbe tenu fermé (fig. 2); étalez l'arcade jusque sur son bord postérieur, jusqu'à sa lèvre profonde, isolez la bandelette ilio-pubienne du fascia transversalis; ce temps est capital, car c'est à cette bandelette que, sans danger pour les vaisseaux fémoraux, puisque vous la voyez bien, vous amarrerez la suture de votre plan profond. Vous pouvez aussi relever la lèvre supérieure de l'aponévrose du grand oblique pour mettre bien à nu le bord du muscle petit oblique qui viendra tout à l'heure s'accoler à l'arcade.

3° *Recherche et dissection du sac*

A l'aide d'une sonde cannelée, soulevez le cordon (fig. 2) pour le bien séparer du pilier externe et de l'arcade, chargez-le sur votre index gauche et sectionnez doucement avec le bistouri la tunique fibreuse qui entoure cordon et sac (fig. 3). Parmi les éléments du cordon, cherchez une membrane blanchâtre et transparente qui est le sac; si vous ne la trou-

vez pas facilement, remontez vers l'abdomen; vous y verrez la naissance du sac, son point d'attache au péritoine pariétal.



(D'après M. le professeur Soubeyran)

Le cordon est chargé sur l'index gauche et étalé. Le bistouri sectionne la fibreuse; on cherche le sac en dissociant le cordon (*fig. 3*).

Sectionnez la base d'un pli fait au sac et tenu tendu par deux pinces, pour être certain que vous êtes dans une cavité séreuse; agrandissez cette ouverture et mettez-y votre index gauche (*fig. 4*); sur ce plan résistant, disséquez le sac, jusqu'à l'orifice profond du canal inguinal, sans dépasser la région de la graisse sous-péritonéale qui indique le voisinage de la vessie. Isolez du sac, avec une compresse, les éléments du cordon et assurez-vous que vous avez bien dégagé le canal déférent. Ce temps est délicat, car le sac des hernies congénitales est souvent fort mince, ce qui exige la plus grande douceur.

4° *Ligature du sac*

Le sac a été disséqué le plus haut possible; vous vous assurez que le sac est vide de tout contenu, liez-le en traversant son collet avec une aiguille et en nouant le fil de



(D'après M. le professeur Soubeyran)

Ligature du sac; l'index gauche mis dans le sac en facilite la dissection jusqu'à l'orifice profond du canal inguinal; il s'assure, au moment de la ligature, qu'il ne renferme pas d'intestin (*fig. 4*).

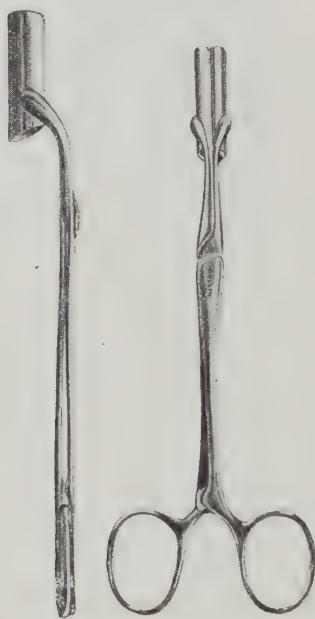
chaque côté, le fil ne glissera pas (nœud de Tait ou de Banker, suture en bourse pour les sacs minces des hernies congénitales infantiles).

Sectionnez le sac à un centimètre, puis coupez les fils; le moignon disparaît. Vous pouvez aussi exécuter la ma-

nœuvre de Barker, qui consiste à fixer les deux chefs du fil au muscle petit oblique; elle est inutile si vous suivez bien la technique décrite.

5° *Reconstitution de la paroi en avant du cordon*

A. *Plan postérieur.* — Le point faible est bien à nu entre l'arcade et le bord inférieur du petit oblique; il faut lui substituer un plan résistant, un épais rideau musculaire;

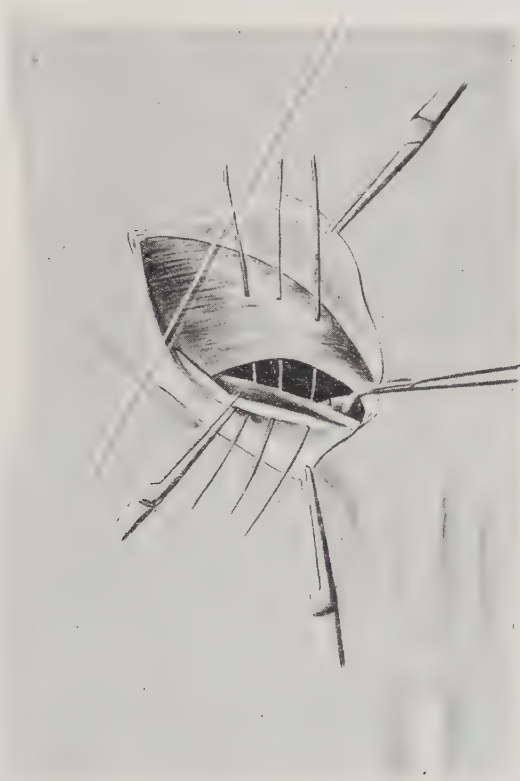


(D'après M. le professeur Soubeyran)

Pince protège-cordon (fig. 5 et 6)

réclinez le cordon avec un écarteur de Farabœuf ou bien saisissez-le dans la pince protège-cordon que nous avons

fait construire par Collin (1) (fig. 5 et 6) et dans laquelle les éléments du cordon se logent sans compression. Mettez



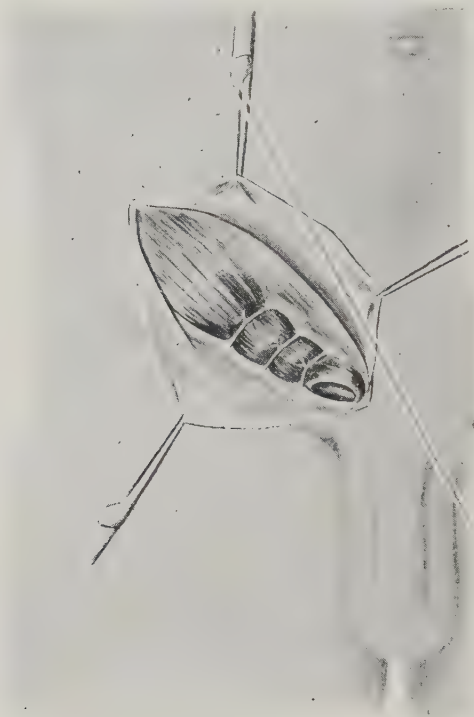
(D'après M. le professeur Soubeyran)

Reconstitution en avant du cordon de la paroi postérieure du canal inguinal. L'aiguille a chargé les muscles larges et le tendon conjoint, puis la bandelette de Thomson. La pince protège-cordon refoule le cordon dans la profondeur (fig. 7).

bien à nu la bandelette iléo-pubienne de Thomson ; si vous la voyez clairement, la veine fémorale ne court aucun dan-

(1) Dans notre pince protège cordon, on peut loger facilement les éléments du cordon, sans qu'ils soient comprimés ; pour éviter toute compression les bouts n'arrivent pas au contact quand elle

ger; le cordon doit être refoulé dans la profondeur de la plaie. Commencez par le point le plus externe; tirez en haut la pince qui tend la bandelette et avec une aiguille

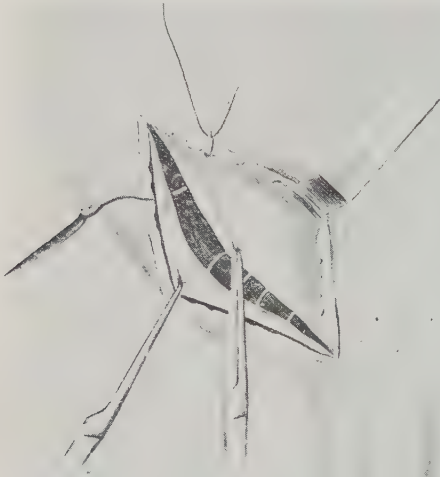


(D'après M le professeur Soubeyran)

La paroi postérieure est reconstituée (fig 8)

est fermée. Pour s'en servir, on y loge le cordon, au niveau de l'anneau inguinal superficiel, et on le fait basculer, comme pour enfoncer le cordon dans l'abdomen; le cordon ne vient plus gêner l'opérateur dans l'exécution des sutures de reconstitution; les divers éléments sont à l'abri de l'aiguille, la bandelette ilio pectinée et le tendon conjoint sont tout à fait dégagés; cela est surtout commode si l'on opère seul et si le cordon est gros; la pince n'est pas faite pour que l'on exécute les sutures au dessus d'elle, mais pour refouler les éléments du cordon dans la profondeur.

de Reverdin courbe ou une aiguille mousse, passez en un ou deux temps vos fils de catgut assez fort, qui prennent dans leur anse, *en haut*: les muscles petit oblique et transverse, le tendon conjoint, quelquefois même le bord du muscle droit, en piquant à 2 centimètres de leur bord; *en bas*: la bandelette iléo-pubienne (fig. 7); le dernier des trois ou quatre fils nécessaires va tout contre l'épine du pubis.

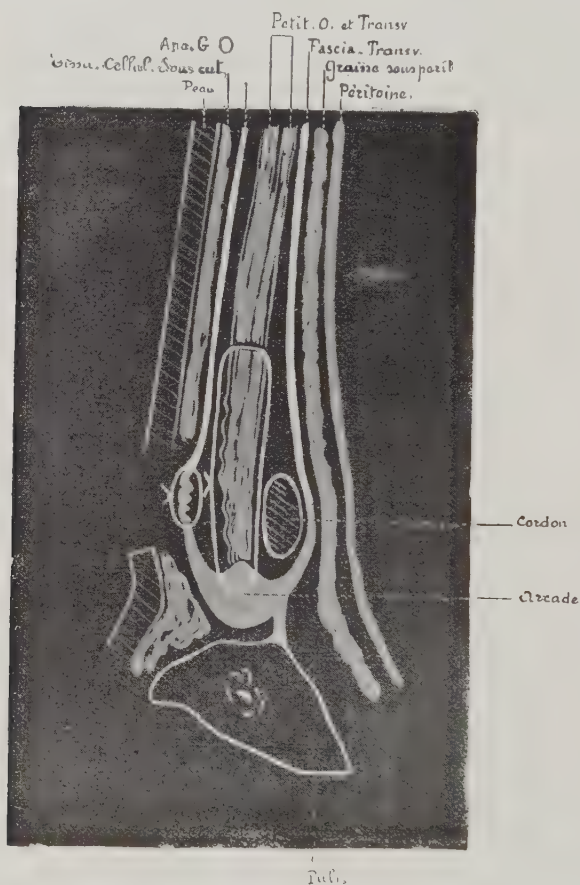


(D'après M. le professeur Soubeyran)

Reconstitution de la paroi antérieure au moyen des deux volets
aponévrotiques (fig. 9)

Nouez les fils et vous verrez le plan postérieur de la nouvelle paroi constitué par un bourrelet musculaire solide, par un épais rempart anatomique (fig. 8).

B. *Plan antérieur.* — Si vous tirez sur les deux pinces de Kocher qui sont sur les deux volets de l'aponévrose du grand oblique, vous voyez les deux lambeaux venir s'appli-



(D'après M. le professeur Soubeyran)

Coupe montrant, en avant du cordon, les deux plans de suture antefuniculaires (fig. 10)

quer sur le plan musculaire profond pour le renforcer; le cordon étant toujours maintenu dans le protège-cordon au niveau de la racine des bourses, commencez un surjet en

dehors, descendez et rétrécissez autant que possible l'orifice inguinal superficiel; vérifiez l'étroitesse de l'orifice avec l'index et ajoutez un point s'il y a lieu (fig. 9).

6° Terminez l'opération par des ligatures de vaisseaux superficiels afin d'éviter les hématomes et par la suture cutanée.

CONCLUSIONS

Le schéma représenté dans la figure 10 permet de se rendre, compte de la disposition des sutures et de la force de la paroi reconstituée devant le cordon par deux plans musculo-aponévrotiques. Certes, le Bassini donne une bonne paroi, mais, dans ce procédé, les deux plans musculo-aponévrotiques ne sont pas solidaires l'un de l'autre comme ils le sont dans la paroi reconstituée par la méthode antéfuniculaire. A ce point de vue, cette dernière méthode, nous semble supérieure à la première.

Elle présente en outre l'avantage sur le Bassini de ménager le cordon, qui dans ce dernier procédé subit fatalement des tiraillements au cours de l'opération par suite de son réclinement et se trouve exposé de ce fait à des accidents de funiculite.

Le cordon est abrité dans un canal prismatique et paraît mieux protégé contre la compression qu'il ne l'est dans le Bassini puisqu'avec ce dernier procédé il se trouve non plus dans un canal, mais entre deux parois.

Le procédé antéfuniculaire présente le gros avantage de supprimer le trajet du canal inguinal ainsi que son orifice profond. L'orifice unique de sortie du cordon se trouve situé, très bas, superficiellement. Il semble donc qu'on ait

moins à craindre les récidives qui se font au niveau de l'infundibulum que forme le sac resséqué.

Du reste, les résultats obtenus par l'emploi de la méthode antéfuniculaire ont été très satisfaisants, puisque, d'après le référendum de Bouveret, plus d'un quart des chirurgiens utilisent cette méthode.

Personnellement, depuis 1905, M. le professeur Soubeyran s'en est servi et son expérience porte sur plusieurs centaines de cas de cure radicale de hernie. Il a obtenu d'excellents et constants résultats, puisqu'il a noté une absence presque complète de récidives.

Il nous semble donc qu'on ait intérêt à adopter ce procédé antéfuniculaire dans la plupart des cas.

Notons cependant que son exécution sera plus délicate lorsqu'on interviendra pour des récidives de hernies, après cure radicale.

BIBLIOGRAPHIE

- AGUILAR (J.). — D'une nouvelle méthode de cure radicale de la hernie inguinale. *Médecine moderne*, 1897.
- BASSINI (Ed.). — Ueber die Behandlung des Leistenbruchs. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1890, t. XL.
- BERGER (P.). — La hernie inguino-interstitielle et son traitement par la cure radicale. XIV^e Congrès français de chirurgie, Paris, 1901; *Revue de chirurgie*, 1902, t. XXV.
- BITTNER (W.). — Ueber die Radical operation des Leistenbruchs. *Med. Chir. Centralb. Wien.*, 1900, t. 35.
- BLAISE (P.). — Canal inguinal chez l'adulte, cure radicale de la hernie inguinale (procédé Berger). Thèse Paris, 1894.
- BONNET (Michel). — Contribution à l'étude d'un nouveau procédé de cure radicale de hernie inguinale (Bassini modifié). Thèse Montpellier, 1904-05, n° 74.
- BOUVERET (Charles). — Région inguino abdominale et cure radicale de la hernie inguinale simple. Th. Montpellier, 1905-06, n° 33.
- BUFFNOIR (C.). — De la cure radicale des hernies inguinales par le procédé myoplastique. Thèse Paris, 1900.

- CHAMPIONNIÈRE (J.-L.). — Cure radicale de la hernie inguinale d'après 989 opérations; description de la méthode. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1901, 4^e série, t. LXXI.
- DELAGENTIÈRE (H.). — Etude critique des procédés modernes de cure radicale des hernies inguinales et crurale. *Gaz. des hôpitaux*, 1888.
- FORGUE (E.) et RECLUS (P.). — *Traité de thérapeutique chirurg.*, 2^e éd., 1898, t. II. Soc. de chirurg.; discussion sur la cure radicale des hernies. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie*, 1887, t. XIII; Richelot, p. 641-754; Terrillon, 653; L. Championnière, 656-684, 691-757; Th. Auger, 664-684; Berger, 665; Terrier, 676-742; Segond, 680-746; Trélat, 684-688, 712-737, 750; Le Fort, 705-729; Polaillon, 713; Reclus, 734; Verneuil, 715.
- JONNESCO (Th.). — Procédé de cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. Congr. inter. de Moscou, 1897.
- MACEWEN (V.). — Of the radical cure of oblique inguinal hernia by internal abdominal peritoneal jad, and the restoration of the valved form of the inguinal hernia. *Brit. med. journ.*, 1887, t. II.
- PAGOT (M.). — Sur un nouveau procédé de la cure radicale de la hernie inguinale. Thèse Paris, 1897.
- F'OUULLET (J.). — Cure radicale des hernies, même chez les vieillards, par la méthode à lambeau fibro-périostique. *Lyon médic.*, 1893, t. LXXIV, p. 410.
- REILLE (P.). — Cure radicale de la hernie inguinale par le procédé de l'abaissement mis en usage par le docteur Schwartz. Thèse Paris, 1898.
- VILLAR (P.). — Les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales. XI^e Congrès français de chirurgie, Paris, 1897.

SERMENI

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 10 septembre 1919
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
MAIRET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 10 Septembre 1919
Le Doyen
MAIRET.

